Münster i/W. 1934. Nr. 76 Med Diss.

Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. Westf.
Stellvertr. Direktor: Professor Dr. P. W. Schmidt.

Zur Frage des Leukoderma syphiliticum.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
DOKTORWÜRDE IN DER ZAHNHEILKUNDE AN
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU MÜNSTER (WESTF.)

vorgelegt von

Leo Greger, Zahnarzt
aus Arrach (Obpf.)

1934

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei Robert Kleinert, Quakenbrück.

Dekan: Prof. Dr. Klinge.
Berichterstatter: Prof. Dr. P. W. Schmidt.

1934.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Meiner lieben Mutter
Meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Schwartze
in Dankbarkeit zugeeignet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0167

Zu den vielen, interessanten Problemen, die uns der Krankheitsablauf der Syphilis bietet, gehört auch die Frage nach der Entstehung des Leukoderma syphiliticum. Die Auffassung über die Entstehungsweise ist nicht einheitlich. Die im folgenden wiedergegebenen Beobachtungen über Entstehung und Verlauf dieses luetischen Symptoms während einer Kur sollen einen Beitrag zur Kenntnis dieser merkwürdigen Krankheitserscheinung bieten.

Anamnese: Am 4. 9. 33 kam der 20jährige Patient wegen eines Primäraffektes am Penis in die Klinik. Aus der Anamnese ergibt sich: Patient, von Beruf Schlächter, befand sich bisher auf der Wanderschaft. Im Sommer war er im Freiwilligen Arbeitsdienst beschäftigt. Im vorigen Jahr hatte er eine Gonorrhöe, die in einer Berliner Klinik behandelt worden war. Sonst war der Patient gesund. Familienanamnese o. B. — Der Coitus hatte vor etwa 6 Wochen stattgefunden, den Primäraffekt hatte der Patient vor 14 Tagen bemerkt.

Befund: Patient ist mittelgroß, gut genährt, und macht einen gesunden, kräftigen Eindruck. Die Haut des Gesichtes, Halses und Nackens bis an die Haargrenze, ferner die des Stammes und der oberen Extremitäten ist intensiv gebräunt. Erst nach unten zu, etwa vom Nabel abwärts, ist die Hautfarbe wieder heller, der Uebergang vom Dunkel zum Hell erfolgt ziemlich plötzlich, entsprechend der Höhe des oberen Beinkleiderrandes. Patient hat, wie erwähnt, im Sommer im F.A.D. mit entblößtem Oberkörper gearbeitet.

Die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet; Hirnnerven o. B., Hals und Rachen o. B. Ueber den Lungen ist kein veränderter Klopfschall festzustellen, die Atmung ist rein vesiculär. Die Herzdämpfung ist nicht verbreitert, die Töne sind rein. Der Puls ist kräftig, regelmäßig, nicht beschleunigt. Der Bauch ist weich, Leber und Milz sind nicht vergrößert, nicht druckschmerzhaft. Die Bauchdeckenreflexe sind positiv. Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion ist nicht vorhanden, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die Patellarreflexe sind positiv, Babinski negativ.

Primäraffekt: Auf dem dorsum penis, am inneren Präputialblatt, hart an der Grenze des sulcus coronarius, befindet sich ein erbsengroßes, fast kreisrundes Ulcus, dessen benachbarte Umgebung sich hart anfühlt. Schon beim Zurückziehen des Präputiums kann man die Härte infolge der Starrheit des befallenen Gewebes feststellen. In den zentralen Partien des Ulcus fehlt die Epidermis, die Ulceration geht zum Teil bis in die Cutis hinein. Der Primäraffekt ist tiefrot verfärbt, während die Umgebung mehr abgeblaßt ist. Das Ulcus stellt ein solitäres, scharf geschnittenes Geschwür dar mit etwas unterminiertem Rand und geringem, speckigen Belag. Die benachbarten Leistendrüsen sind geschwollen und nicht druckschmerzhaft.

Die am Tage der Aufnahme angestellten Untersuchungen waren:

Spirochätennachweis im Ulcus + +

Wa.R.	—	M.T.R. —
Stern	C	M.K.R. —
		Kahn —

Am 5. 9. setzte die Behandlung ein, und zwar in Form einer Salvarsankur:

5. 9.	I. Neo.-Salv.	Dos. IV	= 0,6

Die erste Salvarsan-Injektion löste einen leichten Temperaturanstieg aus, der am nächsten Tage wieder endgültig abgefallen war.

8. 9.	II. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 1,2
11. 9.	III. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 1,8

Das Befinden des Patienten war gleichmäßig gut. — Die am 13. 9. angestellten Blutuntersuchungen ergaben ein vollkommen verändertes Bild: Die Wa.R. war schwach positiv geworden.

13. 9.	Wa.R.	(+)	M.T.R. + +
	Stern	C	M.K.R. + +
			Kahn + +

Am 14. 9. wurde die Salvarsankur mit einer Wismutkur kombiniert.

14. 9.	IV. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 2,4
	I. Bism.		1,0

Der Primäraffekt zeigte infolge der Salvarsankur und durch die Behandlung mit feuchten Verbänden, zuletzt mit Jodoform gute Heilungstendenz.

Am 18. 9. trat auf dem Rücken ein L e u k o d e r m auf, deutlich sichtbar, gekennzeichnet durch helle Flecken, die das gleichmäßige Braun durchsetzen, deren Größe zwischen der einer Erbse und der eines Zweimarkstücks schwanken. Sie sind ziemlich scharf begrenzt und konfluieren nirgends. Ihre Form ist annähernd kreisförmig, stellenweise mehr oval, wobei die Längsachse des Ovals in den Spaltlinien der Haut liegt. In der Mitte der von dem Leukoderm betroffenen Hautstelle sind die Flecke ziemlich deutlich ausgeprägt, gegen die Grenzen, zur gesunden Haut sind sie etwas verschwommen. Das Leukoderm erstreckt sich von der Höhe des VII. Halswirbels über die innere Hälfte der beiden Schulterblätter, über den Rücken und findet seinen Abschluß in der Gegend der letzten Brustwirbel. Es ist ein ausgesprochenes Leukoderma dorsi.

18. 9.	V. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 3,0
	II. Bism.	1,5	zus. 2,5

Die am 21. 9. angestellten Blutuntersuchungen waren:

21. 9.	Wa.R. (+)	M.T.R. + +	
	Stern C	M.K.R. + +	
		Kahn + +	
21. 9.	VI. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 3,6
	III. Bism.	1,5	zus. 4,0

Das Befinden des Patienten ist zufriedenstellend. Der Primäraffekt ist beinahe abgeheilt.

Das Leukoderm ist nun vollständig ausgeprägt, die hellen Flecken sind scharf umrissen und heben sich deutlich von der Umgebung ab. Die Grenzen zur normalen Haut sind genau zu sehen.

25. 9.	VII. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 4,2
	IV. Bism.	1,5	zus. 5,5

Blutuntersuchungen am

28. 9.	Wa.R. —	M.T.R. + +	
	Stern C	M.K.R. + +	
		Kahn + +	

Die Wa.R. ist an diesem Tage negativ geworden.

28. 9.	VIII. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 4,8
	V. Bism.	1,5	zus. 7,0

Das Leukoderm entspricht dem Status vom 21. 9., es ist gleichmäßig und gut sichtbar.

Der Primäraffekt ist abgeheilt.

2. 10. Der Patient ist von einer leichten Bronchitis befallen, die Temperaturanstieg im Gefolge hatte.

2. 10.	IX. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 5,4
	VI. Bism.	1,5	zus. 8,5
4. 10.	X. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 6,0
	VII. Bism.	1,5	zus. 10,0

Das Leukoderm scheint in seiner Intensität nachzulassen. An der Grenze sind die Flecken nicht mehr so ausgeprägt wie bisher.

Bei der Betrachtung des Leukoderms im Wood-Licht ließ sich die auffällige Tatsache feststellen, daß ein erheblicher Pigmentunterschied nicht wahrnehmbar war. Jedenfalls war der Unterschied der erkrankten und gesunden Haut geringer als bei Tageslicht.

6. 10. Blutuntersuchungen

Wa.R.	—	M.T.R.	—
Stern	C	M.K.R.	(+)
		Kahn	—

7. 10.	XI. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 6,6
	VIII. Bism.	1,5	zus. 11,5

10. 10. Die Stärke des Leukoderms hat bedeutend abgenommen. Die pigmentlosen Flecken beginnen in ihren Rändern allmählich unklar zu werden. Es scheint sich der Uebergang zur pigmentierten Haut vorzubereiten.

11. 10.	XII. Neo.-Salv.	Dos. IV	zus. 7,2
	IX. Bism.	1,5	zus. 13,0

13. 10. Blutuntersuchungen

Wa.R.	—	M.T.R.	—
Stern	—	M.K.R.	+
		Kahn	—

18. 10. Der Rückgang des Leukoderms ist offensichtlich. Die ehemaligen Grenzen sind nicht mehr unterscheidbar, die pigmentlosen Flecken haben sich verringert, die noch restierenden Flecken beginnen anscheinend Pigment zu regenerieren. Unter dem Wood-Licht ist von einem Leukoderm kaum noch etwas zu sehen.

20. 10. Blutuntersuchungen

Wa.R.	—	M.T.R.	—
Stern	—	M.K.R.	—
		Kahn	—

20. 10. Das Leukoderm ist nun fast vollständig verschwunden, die Pigmentierung ziemlich gleichmäßig.

Am 30. 10. wurde der Patient als gebessert entlassen. Die letzten Untersuchungen ergaben:

30. 10.	Wa.R.	—	M.T.R. —
	Stern	C	M.K.R. —
			Kahn —

Zusammenfassung: Der 20jährige, dunkelblonde Patient kam wegen eines Primäraffektes am Penis in die Klinik; die Wa.R. war negativ, der Spirochätennachweis im Ulcus positiv. Am Tage nach der Aufnahme begann eine Salvarsankur, die Injektionen wurden in Abständen von 3—4 Tagen verabreicht, am 10. Tage wurde die Salvarsankur mit einer Wismutkur kombiniert, deren Injektionen gemeinsam mit den Salvarsan-Injektionen erfolgten. Die Gesamtdosen betrugen XII Neo.-Salv. zus. 7,2, IX Bism. zus. 13,0. Am 9. Tage wurden die Wa.R., ferner M.T.R., M.K.R., Stern und Kahn positiv. Am 14. Tage, acht Wochen nach der Infektion trat ein Leukoderm auf, das sich erstreckte vom VII. Halswirbel über den Rücken bis zu den letzten Brustwirbeln, seitlich reichte es über die Hälfte der beiden Schulterblätter nicht hinaus. Am 24. Tage, 10 Tage nach dem Beginn des Leukoderms, wurde die Wa.R. negativ, die übrigen Reaktionen blieben positiv. Das Leukoderm ist zu dieser Zeit vollkommen ausgebildet, der Primäraffekt ist abgeheilt. 8 Tage, nachdem die Wa.R. negativ geworden war, sind auch die M.T.R. und M.K.R. negativ geworden, Stern und Kahn sind noch positiv. Nach einem Bestand von ungefähr 4 Wochen ist das Leukoderm fast vollständig verschwunden; die restlichen serologischen Untersuchungen sind nun auch negativ geworden. Der Patient wurde nach weiteren 10 Tagen als gebessert entlassen. Die Untersuchungen im Wood-Licht ließen während des Bestandes des Leukoderms einen erheblichen Pigmentunterschied zwischen der erkrankten und gesunden Haut nicht feststellen. Nach dem Verschwinden des Leukoderms war unter dem Wood-Licht kaum noch etwas zu sehen.

Bemerkenswert an dem Fall ist, daß das Leukoderm, ein ausgesprochenes Leukoderma dorsi, 8 Wochen nach der Infektion, 14 Tage nach Beginn der Salvarsankur, nachdem die Wa.R. so-

eben positiv geworden war, plötzlich ohne vorhergegangenes, klinisch wahrnehmbares Exanthem aufgetreten ist. Während des Bestandes des Leukoderms heilte der Primäraffekt ab, und die Wa.R. wurde wieder negativ. Ferner verdient hervorgehoben zu werden, daß im Wood-Licht ein erheblicher Unterschied zwischen dem depigmentierten Flecken und der normalen Haut nicht festzustellen war. Ganz besonders auffällig ist der kurze Bestand des Leukoderms von nur 4 Wochen.

Vergleiche mit der Literatur.

Die Frage nach der Entstehung des Leukoderma syphiliticum ist noch nicht einheitlich gelöst. Während Fox, Neißer, Brandweiner, Ehrmann, Finger u. a. die Entwicklung des Leukoderms aus makulösen und papulösen Exanthemen nachgewiesen haben, glauben Unna, Jesionek, Kanitz, Freymann u. a. nicht an einen notwendigen Zusammenhang zwischen luetischen Exanthemen und dem Leukoderm. Jesionek schreibt: „An Hautstellen, welche man tagtäglich, Wochen und Monate hindurch, sorgfältig untersucht hat, ohne je die Spur eines Exanthems verzeichnen zu können, bemerkt man oft geradezu plötzlich, daß leukodermatische Flecke anfangen in Erscheinung zu treten. Die weitere Entwicklung rechtfertigt die Diagnose des Leukoderms, und doch war früher an diesen Stellen ein Syphilid nicht vorhanden gewesen.“ Nach Freymanns Anschauung ist die Entstehung des Leukoderms auf Grundlage eines Exanthems vielleicht in einzelnen Fällen möglich aber keineswegs die Regel; auch nach Buschkes Meinung kann das Leukoderm ohne vorausgegangenes, klinisch nachweisbares Exanthem entstehen. Der letztgenannte Autor demonstrierte 1927 der Berliner Dermatologischen Gesellschaft einen 22jährigen Patienten mit Lues II, welcher ein ausgebreitetes Leukoderm an Hals, Brust, Bauch und Rücken hatte. „Bei der starken Ausdehnung des Leukoderms dokumentiert dieser Fall die These Buschkes, daß das Leukoderm nicht aus einem Exanthem hervorzugehen braucht, denn ein so dichtes Exanthem dürfte kaum beobachtet werden“. (Buschke.)

Bagnoli berichtet über 56 in der Klinik Majocchi beobachtete Fälle von Leukoderma syphiliticum: Das Leukoderm trat meist innerhalb von 6 Monaten nach der Infektion auf, in der Mehrzahl der Fälle entwickelte es sich primär, ohne vorausgegangenes papulöses oder maculöses Exanthem, selten aus Roseolaflecken.

Wie aus der Beschreibung unseres Falles hervorgeht, ist auch hier das Leukoderm primär entstanden; es war weder am Rücken noch an einer anderen Stelle des Körpers ein Exanthem bemerkt worden.

Auffallend ist an unserem Patienten, daß das Leukoderm bereits 8 Wochen nach der Infektion in Erscheinung getreten ist. Im Vergleich zu den in der Literatur angeführten Fällen ist der Zeitpunkt des Auftretens des von uns beobachteten Leukoderms ausnehmend kurz. Kanitz stellte z. B. an seinen Patienten fest, daß das Leukoderm in der überwiegenden Anzahl der Fälle schon in den ersten Monaten, jedenfalls im ersten halben Jahre der Syphilis auftrat. In 4 der von ihm beobachteten Fälle waren beim Auftreten des Leukoderms noch nicht 3 Monate seit der Infektion vergangen.

Auf die Bedeutung der Licht- bezw. Wärmestrahlen für das Sichtbarwerden des Leukoderms ist verschiedentlich hingewiesen worden. Die von Neißer beobachteten Männer mit ausgebreitetem Leukoderm waren meist Bäcker, Schmiede und Feuerarbeiter. Ehrmann hat die Beobachtung gemacht, daß bei Getreideabladern am Donaukai in Wien, die in der Sonnenhitze mit bis zum Gürtel unbekleidetem Oberkörper ihre Arbeit verrichten, nach Ueberstehen eines Exanthems ein Leukoderm an Hals, Nacken und Stamm auftrat, das mit scharfer Grenze in der Gürtelhöhe endigt. Aehnliches beobachtete er auch bei Weinbergarbeitern. Ferner hat Ehrmann festgestellt, daß die größte Anzahl von Leukodermen immer in den Herbstmonaten zur Beobachtung gelangte, nachdem die betreffenden Individuen sich in den vergangenen Sommermonaten der Einwirkung der Sonnenstrahlen ausgesetzt hatten.

Derselbe Vorgang trifft auch bei unserem Patienten zu; denn, wie erwähnt, hat derselbe während der Sommermonate im F.A.D. mit entblößtem Oberkörper gearbeitet, so daß die Hautfarbe tief gebräunt wurde. Auch unser Patient bekam sein Leukoderm im Herbst.

Aehnlich den Feststellungen Ehrmanns, sind die von Lewin, der das Leukoderm bei der Landbevölkerung viel häufiger sah als bei den Städtern. Ebenso beobachtete Neumann, daß von den Männern mit Leukoderm 50 % infolge ihres Berufes dem intensiven Einfluß von Licht und Wärme ausgesetzt waren.

Was die Dauer des Leukoderms anbelangt, so gehen die Meinungen der einzelnen Autoren auseinander. „Einmal entwickelt hat das Leukoderm einen langen Bestand", schreibt Finger. Von Neißer wird die Dauer auf 5—14 Monate, von Lang, Mayr auf 6—12 Monate geschätzt; nach Kanitz' Feststellungen besteht es 8—10 Monate, aber auf 2—3—4½ Jahre. Demgegenüber ist unser Fall, der einen Bestand von nur einem Monat aufweist, als Ausnahme zu betrachten. — Im folgenden seien einige Fälle aus der Literatur aufgeführt, die durch ihren kurzen Bestand unserem Fall gleichen.

Zwei Fälle von Ehrmann und Wertheim:

28jähriger Patient mit kleinfleckigem Exanthem an Stamm und oberen Extremitäten. Wa.R. pos. Die rechte Bauchseite wurde mit Höhensonne bestrahlt; nach 15 Tagen waren die Maculae verschwunden, die bestrahlte Stelle war braun pigmentiert und von einem Leukoderm befallen, das nach einem Bestand von knapp 4 Wochen wieder völlig verschwunden war; die bestrahlte Stelle war wieder gleichmäßig zartbraun.

22jähriger Patient mit maculo-papulösem Syphilid an Stamm und Extremitäten. Wa.R. pos. Die Haut des Nackens ist stark, die des Rückens schwächer gebräunt. 17 Tage nach der Aufnahme entwickelte sich neben den Maculae ein Leukoderm, das nach 4 Wochen ganz undeutlich war.

Zwei Fälle von Freymann:

Patientin mit Roseola an Bauch, Brust, Rücken, Wa.R. pos. Etwa 2 Monate nach Beginn der Behandlung (Goldsolpräparat und Quecksilber-Schmierkur) trat ein Leukoderm an Hals und Nacken auf, das nach 5 Wochen schon im Abnehmen begriffen war.

Patientin mit Papeln an den Genitalien, Wa.R. pos., Gravidität im dritten Monat. Auftreten eines Leukoderms, das ungefähr 6 Wochen später nur noch unscharf zu erkennen war.

Gravagna berichtet einen Fall von Leukoderm, das sich nach Abschluß einer Quecksilberkur an beiden Handrücken entwickelte und nur eine Dauer von 3 Wochen aufwies.

Diese Fälle haben mit unserem Fall den auffallend kurzen Bestand gemeinsam. Beachtenswert ist auch, daß diese Fälle, ebenso wie unser Fall während der Behandlung in Erscheinung getreten und wieder verschwunden sind. In völligem Gegensatz zu den oben angeführten Fällen stehen jedoch die Tatsachen, daß

das von uns beschriebene Leukoderm bereits 8 Wochen nach der Infektion, kurz nach Einsetzen der Kur aufgetreten ist. Ferner ist die dunkle Pigmentierung bei unserem Patienten bereits vorhanden gewesen, während die Pigmentierung bei den zitierten Fällen künstlich erzeugt wurde. Schließlich ist das von uns beobachtete Leukoderm ohne vorausgegangenes Exanthem entstanden.

Auf eine Beobachtung Pölchens sei noch hingewiesen, die Ehrmann berichtet: Pölchen fand bei einem Soldaten mit „Vitiligo acquisita syphilitica“, wie er das Leukoderm nennt, die Flecken nach 48 Stunden ebenso dunkel pigmentiert, wie die übrige Haut, nachdem der Mann bei einer Felddienstübung den Sonnenstrahlen ausgesetzt war.

In diesem Falle hat das Leukoderm bereits bestanden, und es ist anzunehmen, daß die geschädigten pigmentbildenden Zellen die Fähigkeit, Pigment zu bilden, bereits wieder erlangt hatten, und daß durch die nachfolgende Lichteinwirkung das Pigment sich rasch wieder regeneriert hatte. Deswegen war der Bestand dieses Leukoderms so kurz.

Die Lokalisation des Leukoderms ist in der Mehrzahl der Fälle auf die Hals- und Nackenhaut beschränkt und zwar hauptsächlich an die hinteren und seitlichen Teile des Halses. Das Vorkommen am Hals schreibt man hauptsächlich den Sonnenstrahlen zu. Ehrmann meint, daß das Leukoderm an den stärker pigmentierten Stellen, die den Sonnenstrahlen ausgesetzt sind, wie Hals, Nacken und Rücken, auftrete. Finger schreibt: „In der Mehrzahl der Fälle bleibt das Leukoderm auf den Nacken beschränkt, in anderen Fällen dehnt es sich auf die Schultergegend, die vorderen und hinteren Achselfalten aus, um in einer dritten Gruppe von Fällen sich auf den ganzen Stamm, Brust, Bauch, Rücken bis zur Kreuzbeingegend auszudehnen.“ Unser Leukoderm ist in die dritte, seltenere Gruppe von Finger einzureihen, da es einen tiefen Sitz am Rücken aufwies. Aehnliche Fälle, die in ihrer Lokalisation unserem Fall gleichen, berichten Jesionek, Schütz, Fuß, Maas und Parounagian.

Zusammenfassung.

Beschrieben wurde ein Leukoderma syphiliticum (dorsi), das während einer Salvarsankur ohne vorausgegangenes papulöses oder maculöses Exanthem in Erscheinung trat, und nach dem erstaunlich kurzen Bestand von 4 Wochen wieder verschwunden war, ohne daß eine spezielle Therapie zur Neupigmentierung eingeleitet worden war. Im nachfolgenden seien die Punkte aufgeführt, durch welche das von uns beschriebene Leukoderm sich in seiner Entstehungsweise und seinem eigentümlichen Verlauf wesentlich von allen in der Literatur angeführten Fällen unterscheidet:

1. Das Leukoderm ist bereits 8 Wochen nach der Infektion,
2. 14 Tage nach Einsetzen der Salvarsankur,
3. 5 Tage, nachdem die serologischen Reaktionen positiv geworden waren, aufgetreten.
4. Der Zeitpunkt des Auftretens fällt in den Beginn des Stadiums der Generalisation.
5. Das Leukoderm ist entstanden ohne vorhergegangenes Exanthem.
6. Es ist tief am Rücken lokalisiert.
7. Im Wood-Licht war ein wesentlicher Unterschied zwischen der erkrankten und gesunden Haut nicht festzustellen.
8. Das Leukoderm wies einen ausnehmend kurzen Bestand von knapp 4 Wochen auf.

Bei der Betrachtung dieser Punkte und bei dem Vergleich mit der Literatur ist es offensichtlich, daß dieses Leukoderm einzig ist in seiner Art.

Rückschließend kann man sagen:

1. daß ein primäres Auftreten des Leukoderms unbedingt möglich ist;
2. daß das Leukoderm schon sehr früh, im Beginn des Stadiums der Generalisation in Erscheinung treten kann;

3. daß die Dauer des Leukoderms von der Intensität der luetischen Hautschädigung abhängt;
4. daß die Hautschädigung durch die Syphilistherapie bedeutend eingeschränkt wird.

Besondere Beachtung verdient noch die Frage: Steht das Leukoderm im Zusammenhang mit einem luetischen Exanthem oder ist es als selbständige Erkrankung der Haut aufzufassen? Freymann faßt das Leukoderm als Folge der Erkrankung eines den Pigmentapparat der Haut regulierenden Zentralorganes auf, und zwar wahrscheinlich eines nervösen Organs. Dieses Zentralorgan erkrankt zuerst und das Leukoderm bringt vielleicht erst später diese Erkrankung sichtbar zum Ausdruck. — Jesionek nimmt eine „bestimmte, noch unbekannte Noxe“ an, welche unter Vermittlung des Nervensystems das Leukoderm auslöst. Ehrmann, Brandweiner, Géber u. a. vertreten die Ansicht, daß das Leukoderm im Anschluß an, wenn auch noch so schwach entwickelte, oder gar nur mikroskopisch feststellbare Roseolen und besonders Papeln auftrete. Sie fassen das Leukoderm als Folge der unmittelbaren Einwirkung der Spirochaeta pallida oder ihrer Toxine auf den Zellchemismus auf, so daß die Basalzellen eine Funktionsstörung erleiden und für eine bestimmte Zeit die Fähigkeit, Pigment zu bilden, einbüßen. Dieser Ansicht möchten auch wir uns anschließen.

Géber fand als primäre Veränderung in der Subcutis eine Phlebitis und Periphlebitis, die bis an die Cutis reicht. Durch diese, längere Zeit bestehende Entzündung werden die Epidermiszellen so geschädigt, daß sie die Fähigkeit, Pigment zu produzieren, einbüßen. Zu dieser verminderten Neuproduktion von Pigment gesellt sich ein Pigmentverlust durch Verhornung und Abschuppung der pigmenthaltigen Basalzellen, wodurch eine sich klinisch als Leukoderm markierende Lücke entsteht. Auch Ehrmann hat in Leukoderma-Flecken auch dann, wenn vorher an der betreffenden Stelle makroskopisch kein Exanthem zu sehen war, im mikroskopischen Bild perivaskuläre Lymphozyteninfiltrate, hier und da Plasmazellen nachgewiesen. Géber kommt zu dem Schluß, daß sich das Leukoderm nicht aus einem makroskopisch sichtbaren, sondern aus einem invisiblen, subkutanen Exanthem entwickle.

Weiter wäre noch die Frage zu erörtern: Auf Grund welcher Vorgänge in der Haut konnte das Leukoderm so schnell wieder verschwinden? Eine befriedigende Antwort dafür ist in der Literatur nicht zu finden. Ehrmann und Wertheim geben drei

Möglichkeiten an: Entweder muß die Hyperpigmentierung schwinden und die Haut dadurch gleichmäßig hell werden, oder die Pigmentbildung in den Leukodermaflecken wird durch starke Reize angeregt und die Haut wird dadurch wieder gleichmäßig dunkel pigmentiert. Beide Möglichkeiten können auf unseren Fall keine Anwendung finden, denn einerseits hat die braune Farbe des Patienten in ihrer Tönung kaum nachgelassen, andererseits war das Leukoderm keinerlei Reizen ausgesetzt. Beachtenswert ist die dritte Möglichkeit: Die geschädigten, pigmentbildenden Zellen innerhalb der Leukoderma-Flecke erholen sich nach und nach, erlangen ihre Funktionstüchtigkeit wieder und produzieren jene Pigmentmenge, die der betreffenden Hautpartie normalerweise zukommt.

Unser Fall bietet eine Stütze für diese Theorie. Wir möchten zwanglos folgender Ansicht sein: Da vor Auftreten des Leukoderms die Behandlung eingesetzt hat, war die Gefahr einer Schädigung der pigmentbildenden Zellen auf ein Minimum herabgesetzt. Man kann annehmen, daß sich die Spirochäten in der Haut bereits festgesetzt haben, daß jedoch unter Einwirkung der Salvarsanbehandlung die Spirochäten nicht zur vollen Wirkung gelangen konnten, was auch aus der Beobachtung im Wood-Licht hervorgeht, wo ein wesentlicher Unterschied zwischen der erkrankten und gesunden Haut nicht festzustellen war. Da nun eine ganz geringe Schädigung der Chromatophoren vorlag, war es möglich, daß das Leukoderm nach so kurzem Bestande wieder verschwinden konnte.

Ob gleichzeitig eine Gefäßschädigung der Haut vorlag, war nicht zu entscheiden, da eine Probeexcision nicht gemacht worden war.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. P. W. Schmidt für die Ueberlassung des Themas und die stets liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Arzt u. Fuß: Die Bedeutung der Liquorveränderungen bei einzelnen luetischen Manifestationen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1921, Bd. 136, S. 212—220.

Bagnoli: Contribuzione statistico-clinica sul leukoderma sifilitico e di alcuni casi interessanti del medesimo. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. 1923, Nr. 6, S. 109.

Brandweiner: Leukoderma syphiliticum. Leipzig und Wien 1907. Fr. Deutike.

Buschke: Leukoderma syphiliticum. Berl. Derm. Ges. Sitzg. v. 17. 2. 27. Ztrbl. f. H. u. G. 1927, Bd. 23, S. 329.

Buschke u. Jakobsohn: Die Generalisierung der Syphilis und die Ausscheidung der Spirochäten. Handb. d. H. u. G. XV/2 S. 16. 1929.

Ehrmann: Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum" von Dr. W. Freymann. Derm. Wchschr. 1922, Bd. 75, S. 721—24.

Ehrmann: Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilis. G. Fischer, Jena 1913.

Ehrmann u. Wertheim: Zur Frage des Leukoderma syphiliticum. Arch. f. Derm. u. Syph. 1923, Bd. 143, S. 128—155.

Finger: Generalisierte Syphilis der Haut und der Mund- und Rachenhöhle. Handb. d. H. u. G., Bd. XVI/1 S. 183—273. 1930.

Fox: Zitiert nach Ehrmann und Wertheim.

Freymann: Beitrag zur Kenntnis des Leukoderma syphiliticum. Derm. Wchschr. 1922, Bd. 74, S. 33—40.

Fuß: Leukoderma syphiliticum; Wiener Derm. Ges.-Sitzg. vom 24. 2. 21. Zentrbl. f. H. u. G. 1921, Bd. 1, S. 217.

Géber: Ueber die Entstehung des Leukoderma syphiliticum. Arch. f. Derm. u. Syph. 1912, Bd. 64, H. 1.

Gravagna: Localisation peu fréquente de syphilides pigmentaires en plaques larges. Ref. Ztrbl. f. H. u. G. 1921, Bd. 1, S. 361.

Jesionek: Ueber Leukoderme bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema seborrhoicum. Münch. Med. Wchschr. 1906, Nr. 24, S. 1153—57.

Kanitz: Ueber das Leukoderma syphiliticum. Derm. Ztrbl. 1910, Bd. 13, S. 2, 34, 288.

Lang: Zitiert nach Kanitz.

Maas: Ein Fall von ausgedehntem Leukoderma syphiliticum und einige Beobachtungen über die Pathogenese; Niederl. Derm. Vereinigg., 67. Generalvers. Ztrbl. f. H. u. G. Nr. 13, S. 186. 1924.

Mayr: Lehrbuch der Haut- und Geschlechts-Krankheiten. Müller und Steinicke, München 1930.

Neißer: Zitiert nach Kanitz.

Neumann: Zitiert nach Ehrmann und Wertheim.

Parounagian: Leukoderma syphiliticum. Arch. of. Derm., Bd. 18, S. 774. 1928.

Schütz: Med. Ges. Göttingen. Sitzg. v. 27. 7. 22. Münch. Med. Wchschr. 1922, Bd. 48, S. 1677.

Unna: Zur Kenntnis der Pigmentsyphilis, Typus Bockhart. Arch. f. Derm. u. Syph. 1921, Bd. 132, S. 412—422.

Lebenslauf.

Ich, Leo Greger, wurde am 26. 9. 1908 zu Arrach (Oberpfalz) geboren als Sohn des Hauptlehrers L. Greger. Von 1914 bis 1918 besuchte ich die Volksschule in Regensburg, von 1918 bis 1927 das Humanistische Neue Gymnasium in Regensburg, wo ich mir am 7. 4. 1927 das Reifezeugnis erwarb.

Nach 2 Semestern an der Phil.-Theol. Hochschule in Regensburg war ich in Erlangen für Zahnheilkunde immatrikuliert, wo ich im S.S. 1930 die zahnärztliche Vorprüfung bestand. Meinem klinischen Studium oblag ich in Würzburg. Im Frühjahr 1933 erwarb ich mir daselbst die Approbation als Zahnarzt. Seitdem bin ich dauernd als Vertreter bezw. Assistent tätig.